第51号
SHIGA
精神保健福祉協会
2014.4.30

滋賀県精神保健福祉協会だより

編集発行：滋賀県精神保健福祉協会
〒525-0072 草津市笠山八丁目4番25号
滋賀県立精神医療センター気付
TEL/FAX 077(567)5250
http://www.mental-shiga.com
E-mail smental@ex.biwa.ne.jp

平成二十五年度 県委託事業

「一般科・精神科連携促進のための研修会」

Ⅰ、守山野洲医師会

「睡眠の問題について」

（平成二十五年十二月十九日 すこやかセンター（守山市）にて開催）

講 師
泉尾 護氏
（滋賀医科大学地域精神医療学講座）

睡眠とはまず何かということを言及したいと思います。

脳を休息させるということです。それから、睡眠が不足すると、体力低下、注意力低下、判断力の低下、作業効率の低下。十分な睡眠によって、大脳の情報能力が回復し、翌日の活動に備えるということ。幼児期とか小児期では脳を作り、そして育てる機能が、成人では記憶を整理したり、固定したりする機能があります。

睡眠の構造と機能ですが、先生方ご存知のようにレムとはRapid Eye Movementの略で、夢を見ている時に起きる現象です。成人ではそれ以外のノンレム睡眠とで、約九〇分、それをひとサイクルとすれば夜間に四～五回繰り返します。ノンレム睡眠は脳を休息させ、からだを活動させるのですが、レム睡眠はその逆に脳を活性化しています。からだは動かない状態です。

赤ちゃんが生まれたときは覚醒と睡眠が1対2。レム睡眠、ノンレム睡眠、だいたい均等です。年齢が上がるに従って、睡眠自体そのものも減り、特にレム睡眠が減っています。若者で八時間睡眠。レム睡眠は約二〇%。それから高齢になるほど全体に睡眠時間は減り、かつノンレム睡眠も減っていきます。

若年者は、深い睡眠、特に最初のほうで深い睡眠が起きます。これがサイクルを繰り返して、レム睡眠がどんどん長くなり、朝になって覚醒する。

それに比べて、高齢者の場合は深い睡眠はほとんどなく、レム睡眠に至るまでにすでに覚醒している。レム睡眠とレム睡眠の間に覚醒を繰り返している。そういう意味で全体的に睡眠が浅くなる。

最初のサイクルのときに成長ホルモンの影響が来ます。２サイクル目、３サイクル目のときにメラトニンが来ます。最後に、朝方の目覚めのときにコルチゾールが後に来ます。

成長ホルモンは、子どもではからだの成長を促す。成人では、子どもでもそうなんですが、組織の損傷を修復して、疲労を回復させる。

メラトニンも体内時計の働きをする。睡眠のリズムを作って、分泌によって眠気が引き起こされる。朝の光を浴びると分泌が促進されて、寝つきが良くなり、睡眠のリズムが前進します。

その反対に夜間の明るい照明環境では分泌が抑制され、寝つきが悪くなる。睡眠のリズムが後退していきます。

コルチゾールはストレスに応じて分泌量が増大し、覚醒に備えて体温とか血糖値を上げ、すぐ起きられるような状態にしていく。

睡眠外来に来られる患者さんの主立つ疾患をここに挙げてみました。

うつ病。睡眠時無呼吸症候群。むずむず脚症候群。レム睡眠行動障害。ナルコレプシー。身体疾患に関連した睡眠障害。睡眠不足症候群。睡眠相後退症候群。

まずはうつ病です。

昨年度の国のおこなった統計では、医療機関にかかっているうつ病の患者が約一〇〇万人。日本の人口の〇、八%。やや女性に多い。六十五歳以上の高齢者は、一、一%と発生頻度が高まります。うつ病が多い地域としましては北日本、それから山陰地方です。

滋賀県は〇、六%で、四十六都道府県中、四十二位。非常に低い。おそらく、若者の人口が多いためだと思います。

治療としましては、心身の休息。簡単にいえば、ストレスのない環境での生活。それから精神療法は認知行動療法です。薬物療法は、おもにお薬を飲む。電気けいれん療法（ECT）、この近辺では滋賀医大のみとなっております。経過としては、適切な治療を受ければ九割は症状がなくなる。

うつ病の症状として特に多いのが不

眠です。九〇％以上が不眠を訴えます。入眠困難や、中途覚醒、早朝覚醒、熟睡障害がある。

不眠はうつ病の初期症状だけでなく、うつ病の原因にもなり得るといえます。不眠を訴えて医療機関を受診されるかたの約二割がうつ病である。中高年ではさらにその率が高いです。不眠が強いとうつ病は治りにくいです。だから自殺死亡率が高くなります。

不眠が残存するとうつ病も再発しやすい。

不眠に早く気づき、治療することがうつ病の予防、それから、早期診断、早期治療、改善の促進、再発の予防、自殺予防につながる。

自殺が多いといわれています働き盛りの男性に、不眠が二週間以上毎日継続する場合は、まずうつだと考えておいてください。うつ病のサインである可能性が高いと考え、精神科への受診を勧めてください。

睡眠時無呼吸症候群の説明（中略：２／２７研修会記事に詳しく説明）

むずむず脚症候群。

不快な下肢の異常感覚を伴って、脚を動かしたいという強い欲求を起こす。どんな感覚かというと、虫が這っているような、むずむずっとしたような感じだとおっしゃる患者さんもいれば、しびれるという患者さんもいれば、痒いとか、痒い変な気持ちがするとか。あとは熱いとか。とにかく気持ちがじっとしていられない。動かしたいと。それほど気持ちが悪いということですね。

症状は寝ている状態、あるいは座っている状態でも始まる。あるいはひどくなる。

安静にしていると、脚をリラックスさせているときに起こる。

症状はからだを動かすことによって、改善、あるいは収まる。

叩いたり歩いたりすると、このむずむずした感じがなくなると。

症状は日中よりも夕方から夜間にかけて強くなる。特に寝る時間にかけてひどくなる。

子どもでは、ＡＤＨＤと誤診断されることがよくあります。むずむず感が気持ち悪くて動き回っていると、授業を注意して聞けないということで、ＡＤＨＤと診断されてしまいます。

当然、むずむず脚を治すとこういう症状も治り、ＡＤＨＤは誤診断とわかった例もあります。

成人では全身に症状を認める重症例があります。脚だけではなくて、背中とか、腕とか、首とか。全身に認めます。非常に治りにくいものもあります。

鉄貧血患者とか、透析患者、妊婦。鉄の欠乏状態の患者さんですね。あるいはパーキンソン病など。ドーパミンの少ないかたなど。

治療薬としては抗てんかん薬の投与になります。それからドーパミン薬を用います。

レム睡眠行動障害の説明です。

健常者ではレム睡眠、夢を見ている状態のときはふつうからだが動きません。正常ならば脱力が起こっていますが、レム睡眠行動障害者のかたはこのレム睡眠期にふつう起こらないといけない脱力がない状態です。

夢を見ている睡眠中に手足が動く、大声を出し、自分の声やぶつけた痛みで起きた時に、夢と同じ行動をしていることに気づく。つまりは異常行動が夢と関連しているということが非常に強いということです。

揺り起こされた時にすぐ我にかえる。というのは、レム睡眠というのは比較的浅い睡眠です、通常は中高年から発症し、男性に多いということです。

将来的にはパーキンソン病とかレビー小体型の認知症になる可能性が高いということです。

治療薬は抗てんかん薬のクロナゼパムとかガバペンチンを使います。

ナルコレプシーの説明です。

十分な睡眠にもかかわらず、日中の耐え難い眠気の発作がある。

注意や集中力を要する場面とか危険な作業中でも居眠りを繰り返す。車の運転中とか、高所の作業中でも寝てしまう。あるいは、大学の入学試験など大事な試験でも寝てしまう。

居眠りは一〇分から二〇分程度で、覚醒後に爽快感がある。

ふつうの一般の仮眠症とか睡眠不足とはちがい、ほんの短い居眠りでも、そのあと爽快感があり、すっきりしている。ただし、この居眠りは繰り返します。

情動脱力発作、金縛り、入眠時幻覚を認めることがある。

情動脱力発作というのは気持ち、感情が動いた時、多いのは嬉しい時とか、笑った時、感動した時とかですね。久しぶりに、会いたかった友人に会った時なんかに、起きる。ただし、意思はあります。

金縛りはご存知のとおり、入眠時に動かない。それと同時に夢を見るのが入眠時幻覚。主にこわい夢を見ます。

診断にはＭＳＬＴ（反復睡眠潜時検査）が必要です。このＭＳＬＴというのは、脳波をつけて、昼間の九時、十一時、それから午後一時、三時、必要によっては午後五時というように、四回から五回、三〇分前後、寝ていただきます。

脳波をつけて、いかに早く睡眠の脳波になるかを調べます。

当然、早く睡眠の脳波になれば、なればなるほど、ナルコレプシーといえます。

ナルコレプシーの診断基準としましては、平均睡眠数値が半分以下で、レム睡眠、その間のレム睡眠も診断基準に、ＳＯＲＥＭＰ 二回以上を診断基準にしています。

若年時に発症することが多い。主に、一〇代、二〇代の発症が多いです。治療薬としてはメチルフェニデートやモダフィニルを使います。

身体疾患に関連した睡眠障害を説明します。

睡眠障害と同時に、睡眠を乱す身体疾患が存在している。

身体疾患や身体の不調と睡眠障害に明らかな関連性が認められる。

身体疾患の病状の進行に合わせて睡眠障害が始まり、身体疾患の寛解に合わせて、その睡眠障害が終わる。

どういう身体疾患が多いかといいますと、喘息、リウマチ性の疾患、腰痛、不整脈、膀胱炎、アトピー性皮膚炎、更年期障害。呼吸障害や痛みのため、あるいは不整脈のどきどきした感覚、膀胱炎というのは頻尿ですね。更年期障害というのはホルモン障害。不眠があると認められること。

身体疾患が治ることによって、睡眠障害も減る。軽快する。

治療は身体疾患そのものを治すこと。

睡眠不足症候群。

日中に強い眠気を認める。平日の睡眠時間が同年代の健常者より明らかに不足している。

休日は平日よりも明らかに長く眠る。

睡眠不足の解消により、日中の眠気も軽快する。平日は六時間未満のかたに多いです。

他の睡眠障害とか、内科疾患、神経疾患、精神疾患、薬物の服用などでは説明できない。

この睡眠不足症候群は全年齢層に認められます。

睡眠不足症候群の診断後の睡眠衛生指導は、一時間早く寝るようにしなさいとか、日中に三〇分程度の仮眠をとるような工夫をとってくださいというような指導をします。それから当然、カフェインを摂らないとか、ニコチンを摂らないとか、パソコンは寝る前はしないとか。そういうような指導をして、日中の眠気を改善します。

睡眠相後退症候群について。

夕方から夜にかけて目が冴え、〇時前には眠れず、入眠が午前〇時から二時以降になるため、昼夜逆転傾向となる。一度、寝付くと中途覚醒はほとんどなく、一〇時間あるいはそれ以上長く眠る。

社会の活動開始時間に起床できない。自然に目が覚めるのは昼ごろとなり、遅刻・欠席・欠勤状態となる。

長時間睡眠にもかかわらず、睡眠の質の低下に伴う日中の眠気、頭痛、倦怠感、食欲不振・食欲増加が見られる。慢性化して、学業や仕事に集中ができない。うつ状態が現れる。日本だけでなく世界的な問題で、不登校、ひきこもりの主原因となっています。治療が極めて困難です。

治療法としては、メラトニンのアゴニスト、ラメルテオンを現在の入眠時間の七時間前に投与します。これが一番効果がある。今たとえば午前二時に寝つくのであれば、約七時前、午後七時ぐらいに投与するのが一番効果的ということです。睡眠相を早めるために、朝日を浴び、たんぱく質とかビタミン豊富な朝食を取るよう指導します。たんぱく質、ビタミンを多くというのは、活動するための朝食で一番たんぱく源を摂るということです。

セロトニンという物質、トリプトファンという蛋白から作られる、そのためにはたんぱく質の豊富な食事。ここでビタミンというのはその触媒役をする。

その物質からまたさらにメラトニンができるというかたちで、朝食で摂るというのが非常に大事ということです。

また、睡眠日誌をつけてもらって、睡眠の確認をします。これは本人の自覚のためです。

カフェインの成人での半減期は約三時間程度です。高齢者は長く体内に残る。つまり夕方以降の、飲用は避けてください。

アルコール。眠れないときの対処法としては、日本人は欧米人と比べて、睡眠薬をあまり使わずに、アルコールに頼る傾向がある。寝酒を飲むと、寝つきは良くなりますけども、睡眠が浅くなり、熟睡感も乏しくなります

睡眠薬。ベンゾジアゼピン系の超短時間型。作用時間が短い薬を長く飲み続けたときには要注意。いきなり薬を止める、あるいは飲み忘れると、前よりも強い不眠に襲われることがあります。反跳性不眠といいます。短時間型を止めるときは中時間型の睡眠薬をかぶせながら、短時間型を少しずつ減らしていく。中時間型の睡眠薬は、短時間型に比べれば、比較的容易に止めることができます。

Ⅱ、草津栗東医師会
「睡眠の問題について」

（平成二十六年二月二十七日
サンサンホール（草津市）にて開催）

講　師
鷹見将規 氏
（滋賀医科大学地域精神医療学講座）

うつ病の紹介をいたします、二〇一一年にはそれまでの四大疾病（悪性新生物、糖尿病、脳血管疾患、虚血性心疾患）に加えて、五大疾病に「精神疾患」が組み込まれたことはご存知の通りです。実際、患者総数は、二〇〇八年、七〇万人。気分障害全体では一〇〇万人といわれているので、気分障害の七割ぐらい。生涯有病率は、だいたい五％と考えられ、二〇人にひとりは生涯のうちに罹るという病気です。

実際の厚労省の患者調査でも、医療機関の傷病別の患者数でいえば、精神疾患は最初に出てきます。うつ病ですが、他疾患との合併も多く、一般身体科でも対処が必要となることが多い。うつ病／抑うつとの合併率としてみますと、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病などではかなり合併している。どの科で診たとしても、うつ病などを診断する機会が多くなってくると思います。

うつ病の診断基準は、教科書どおりではなくて、アメリカの精神医学会が出しているＤＳＭ－Ⅳ－ＴＲというもので、世界的にはＤＳＭというものか、もしくはＩＣＤ－１０の診断基準を用いて、精神の状態の疾患を判断しています。

診断基準は、九つのうちから五つ以上、同じ二週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている。そういったものが診断基準になっています。

①抑うつ気分。気分が落ち込むとか、そういったもの。

②興味・喜びの著しい減退、アンヘドニア（無快楽症）。①番か②番、どちらかがあることが条件です。

③体重減少または増加。一ヶ月以内に五％以上、増えたり減ったりすることがある。

④不眠または睡眠過多。ほとんどのうつ病の場合、不眠を呈する、一割ぐ

らいのうつ病においては、いわゆる過眠、睡眠過剰になるといわれています。

⑤精神運動性の焦燥または制止。頭がまわらなくなってしまって、先に進まないということです。

⑥疲労感または気力の減退。

⑦無価値感または罪責感。

⑧思考力や集中力の減退または決断困難。

⑨死についての反復思考

　中核となるのは意欲、集中力、思考力の低下。また、活動量が低下。周辺症状として出てくるものとしては、不眠、身体化症状、食欲低下、不安、あせり、落ち込み、無価値感、自殺願望、そういった周辺症状などがある。

　身体化症状は、非常に不快な症状として、耳鳴りがあるひともいるし、倦怠感、腹痛、便秘・下痢、食欲低下などありとあらゆる身体化症状が出てきます。

　身体症状が出てくることで、患者さんが最初に受診する科としては内科、あるいは神経科などが多い。

　睡眠障害は、うつ病の主要な症状で九割以上に見られる。一概に不眠といっても、入眠障害、中途覚醒、再入眠困難、早朝覚醒、熟眠感欠如などのさまざまなものがありますが、うつ病においては入眠障害が非常に高いと言われています。

　不眠を診て薬物療法をとるということになったときに、睡眠薬、もしくは抗不安薬、こういったものを使うことが多いですが、どちらも基本的にはベンゾジアゼピン系のお薬となっています。

　非常によく効くお薬があるんですが、副作用もたくさんありまして、依存性、耐性、筋弛緩。認知機能障害、せん妄も非常に大きなリスクです。

　対眠作用のことですが、厚生労働省医薬食品局が二〇一三年五月に通知を出したものとして、「添付文書の使用上の注意に自動車運転などの禁止などの記載がある医薬品を処方または調剤する際は、医師または薬剤師からの患者に対する注意喚起の説明を徹底させる」旨を通知しています。睡眠薬・抗不安薬・抗うつ薬では添付文書に重要な基本的注意として「自動車の運転など危険を伴う機械の操作に従事させないように注意すること」と記載されている。どの薬もおおまかにいえば、自動車の運転をしてはいけない。

　ベンゾジアゼピン系の話に戻りますけれども、依存性は大麻より強いといわれます。

　大麻に関しては麻薬取締法で厳しく制限されています。ベンゾジアゼピン系のお薬に関しても処方に制限があります。日本のルールとしては、向精神薬に指定されているベンゾ系睡眠薬・抗不安薬などに関しては一回あたりの処方は三〇日から九〇日という制限があります。

　周辺症状というか、自覚とか、不安、あせり、身体化症状、そういったものが出てきたときに、抗不安薬で対処することも数多くあるし、不眠に対しては睡眠薬で対処していくことが多い。

　こういった薬を使っていくことによって、周辺症状が消失していきますが、中核症状としてある、いわゆる集中力、思考力に対してはあまり効果がない。

　あくまで対処療法のため、長期的に処方を継続していかないといけない。

また、耐性のために今までのように効かなく、際限なく増量されていくケースも多々あると思います。いったんは症状が軽減したかのように見えても、だんだん耐性ができて、抗不安薬、睡眠薬を足していく。泥沼の状態になりがちです。

　そういったものにどういった治療をしていくか、根本治療としてどういったものがあるかですが、薬物療法として機能的に抗うつ薬を使っていく。

　抗うつ薬に関しては、ベンゾジアゼピン系とちがって、内服開始から基本的には四週間ぐらいかかる。内服開始の量からさらに十分量に上げていくということで、飲用性、副作用とか確かめながら増量していくため、非常に時間がかかる。十分量に達してから、四週間程度内服していくことによって効果が得られることが多いです。

　時間はかかるのですが、薬物療法でだいたい六から七割は寛解に至るということ。

　薬物療法で寛解に至らない症例というのも一部あります。

　症例が重症例で十分期間が待てないような、自死念慮等の場合は電気けいれん療法、修正型電気けいれん療法（mECT）で九割以上が寛解になるといわれています。

　中核症状、意欲、集中力、思考力、活動量の低下に対して、抗うつ薬を使用することにより、根幹となる中核症状が消失する。それによって周辺症状も時間を置いて改善していく。まさしく根本治療といえると思います。

　うつ病であれば、十分な治療により早期に寛解させることで、睡眠薬が必要でなくなる可能性が高い。実際、抗うつ薬を内服始めて、結局、時間がかかるということで対処療法として症状を緩和させるために睡眠薬を使用します。ベンゾ系のものと比較して副作用が少なく、より安全に使用できる睡眠薬もあると思います。

　SAS睡眠時無呼吸症候群についてお話ししたいと思います。SASに関しては閉塞性とか、中枢性とか、混合性とか、上気道閉鎖によって分けますが、閉塞性のものが大半を占めています。

　日本における推定患者ですが、男性の三、三%、女性が〇、五%程度といわれています。

　症状として一番問題になってくるのは日中の過度な眠気ということで、無呼吸中の過大な呼吸努力と呼吸再開時の覚醒反応が頻回に繰り返され、十分な睡眠がとれないということで、日中の過度な眠気を引き起こす。

　ほかにも症状として、起床時の頭痛、いびき、起床時の口渇、頻尿など様々な症状を呈している。

　憎悪因子としては、肥満、鼻閉、あとは小顎、飲酒など。

からだへの影響は最近、非常に言われるようになってきて、うつ病とか、高血圧、心血管イベント、メタボリック症候群に関して非常に飛躍的に増えてきています。交通事故に関してはAHI（無呼吸低呼吸指数）と事故率が相関するというものもあります。

治療抵抗性の高血圧ですが、利尿薬を含めて平均三剤の降圧薬投与でも血圧が一四〇／九〇mmHgに低下しない場合というのが、八三％にOSAS（閉塞型睡眠時無呼吸症候群）を認めるということで、さまざまなガイドラインにおいても、治療抵抗性であるとする場合には、OSASを疑わなければいけないとなっています。

SASの指標としてよく使われるものとして、AHIというのがありますが、一時間あたりの無呼吸・低呼吸の回数です。最近は、あまり重視はしていなくて、一回あたり、無呼吸・低呼吸、持続時間がどれぐらいになるかということで、AHIの値も影響を受ける。たとえば、一回あたりの無呼吸・低呼吸が六〇秒続いてしまうと、見かけのAHI自体は非常に低くなりがちであるということで、AHIの数字判定は以前ほど重視しなくなっていっています。

検査は、PSG検査（終夜睡眠ポリグラフ検査）というのは、さまざまな睡眠疾患について検査できる、となっています。終夜検査するので、てんかんの疑いがあるときでも、しっかり対応できるようになっています。

脳波、眼球運動、オトガイ筋電図、心電図、いびき音、エアフロー、胸部・腹部の動き、下肢筋電図、体位等調べることでき、カウントできるので、睡眠段階、睡眠構築、覚醒反応、睡眠分断なども判定できるようになっています。

SASだけではなく、様々な対象に使え、睡眠障害の他に、アレルギー性無呼吸症候群とか、身体疾患に関連する睡眠障害とか、過眠症に関しても解決ができるようになっています。

治療として、マウスピース、OA（口腔内装具）を使うことによって、舌や顎を前に固定することで、舌の後方の気道スペースを広げ、気道の閉塞を防ぎます。

側臥位保持具ですが、体位依存性にSASが出てくる場合には、仰臥位になれないように背中にクッションなどを巻き付けています。ロールとかを背中のところにストッキングとかで付けておくというかたもいます。また、抱き枕を使用しているかたもおられる。

減量とか節酒など生活習慣の改善が重要になってくるということも多いと思います。

症例四十五歳、男性、一年前に昇進し、残業時間が増えて、週に三回以上外食をするようになり、体重が一〇kg増えた。二ヶ月ぐらい倦怠感が続き、仕事でもミスが目立つようになった。睡眠途中で目が覚めることが多くなり、日中も眠たく感じるときが増えた。

かかりつけ医に相談したところ、睡眠薬が処方されたが、中途覚醒がむしろ増えて、慢性的な疲れからか、会議中でも居眠りしてしまうようになった。仕事のミスが多いため、さらに残業時間が増え、気分が沈み込む日が続いた。かかりつけ医から、うつ病の可能性もあると言われ、精神科へ来られました。

うつ病の診断としては、気分が沈み込むというところで抑うつ気分がある、一ヶ月で短期の症状で、体重の減少か増加、途中で目が覚めてしまう不眠、倦怠感、疲労感とか、集中力が減って仕事のミスが増えている。思考力、集中困難を認めるということで、診断基準九つの中から四つか五つぐらい、うつ病ではないかと判断。抗うつ薬の処方としました。

体重増加を認めることからSASの除外のために、終夜酸素飽和度測定をした、三％ODI　一三、〇ということでうつが疑われました。自殺が疑われたため、簡易PSGを施行し、AHIが二二、五ということで中等症SASと診断されました。

閉塞型のSASがあるということで、夜間の睡眠の質が悪化する。中途覚醒などが出てくる。倦怠感や日中の眠気につながり、抑うつ気分。それから、眠たいということで意欲、集中力低下で仕事のミスが増えていました。夜間の睡眠の質が悪化しているということで、ベンゾ系の睡眠薬を処方していましたが、それにより筋弛緩によってSASが悪くなっていった。それから、持ち越し効果で日中の眠気にもつながっていたかもしれない。非常に悪循環を起こしていた可能性が考えられます。

治療としては、ベンゾ系の睡眠薬を中止しました。また、SASに対して、CPAP（経鼻的持続陽圧呼吸療法）で対処し、減量についても適量に指示をしていました。

CPAPを使用することによって、中途覚醒を改善することができ、倦怠感も緩和し、日中の眠気もなくなりました。その後、仕事は忙しいものの減量し、もう一度フォローでPSGをつけ、AHI　一一、五回と正常化し、CPAP治療も終了できました。

一般科医、精神科医、睡眠専門科医、身体専門科医との連携促進ですけども、一般科、そこに行った時の対応では、特にうつ病という身体症状を言ってこられる、またはSAS、いびきとかで判断をされるかたが多いと思います。

問題があるようであれば睡眠専門科医、または精神科医に紹介していただき、連携してやっております。

今後ますます連携については重要になってくると思いますので、紹介をしていただき、治療して、また、地域に帰っていただくようにして、連携促進をしていきたいと思っています。

（編集　滋賀県精神保健福祉協会
事務局　塚田結子・福島智子）

「認知症」のこと、「歳のせい」にしていませんか？

認知症は早期に治療することで症状を遅らせたり、改善したりすることができます。
近江温泉病院は、認知症に伴うさまざまな症状に対して、専門的な治療を行う
「認知症病棟」を有しております。
認知症の診断と治療を通じて、患者さんとご家族の地域での暮らしを支えます。

ご家族の変化に気づいたら、お早めにご相談下さい。

医療法人 恒仁会 近江温泉病院

滋賀県東近江市北坂町966
TEL 0749-46-1125　FAX 0749-46-0265
ホームページ http://www.oumi-hp.or.jp

家族の気持ちに、
新しい薬でこたえたい。
あなたのからだを、気遣う。
あなたのこれからを、気遣う。
そんな家族の気持ちと同じ思いを胸に、
私たちは、新薬の研究に取り組んでいます。
必要な薬を、必要になるかもしれない薬を、
いち早く準備し、安心と共にお届けできること。
今も、ずっと先も、
あなたとあなたの家族を支える力になる。
それが私たちの薬づくりです。
大日本住友製薬
www.ds-pharma.co.jp

製薬会社は、
幸せな未来を
描けているだろうか？
MSDは、医薬品やワクチンの提供を通じて、日本の、そして世界の医療ニーズにお応えしています。そこで思い描いているのは、皆さまのすこやかな未来。薬の力を未来の力につなげるために。これからもMSDは、時代を切りひらく革新性と科学への揺るぎない信念で、画期的な新薬やワクチンの開発に取り組んでいきます。
新薬で、未来をひらく。
MSD
MSD株式会社　東京都千代田区九段北一丁目13番12号 北の丸スクエア　www.msd.co.jp

伝 言 板

平成26年度　ピアカウンセラー養成講座

通年講座　時間：13:30～16:30

第1回　5月29日（木）	第4回　9月25日（木）
第2回　6月26日（木）	第5回　10月23日（木）
第3回　7月24日（木）	第6回　11月27日（木）

場　所…地域生活支援センター「まな」（JR南彦根駅西口より徒歩7分）

定　員…12名

参加費…1回：当事者・ご家族 1,000円　関係機関スタッフ 2,000円

主　催…地域生活支援センター「まな」

共　催…認定NPO法人サタデーピア

お申込み・問い合わせ…地域生活支援センター「まな」TEL 0749-21-2192

申込書は「まな」サタデーピアのホームページからダウンロードできます。

滋賀県精神保健福祉協会　平成26年度 第18回総会

日　時…平成26年6月5日（木）　15:00～

場　所…県立精神医療センター　1階研修室

内　容…平成25年度事業・決算報告
平成26年度事業計画・予算・活動方針（案）について

問合せ…滋賀県精神保健福祉協会　事務局　TEL077-567-5250

※なお、総会終了後16:30～17:00（予定）講演会を予定しております。
内容については、後日会員の皆様にお知らせいたします。

こころの会　例会

日　時…平成26年6月8日（日）　13:00～15:00

場　所…県立男女共同参画センター研修室C（JR近江八幡駅南口 徒歩10分）

内　容…現在悩んでいること、薬のこと、病気のこと、等

申込み…「こころの会」蒲生郡日野町木津192（事務局代表　吉澤康雄）
TEL/FAX 0748-52-2918　　（この会は患者会です）

滋賀県精神神経科診療所協会講演会

日　時…平成26年7月5日（土）　18:00～20:30

場　所…草津市立市民交流プラザ、フェリエ南草津5F
http://ferit.jp/index.php?action_access=dummy

講　演…高橋英彦先生（京都大学大学院医学研究科准教授　脳病態生理学講座精神医学教室）

演　題…社会神経科学と精神科臨床～脳機能画像研究の発展～

参加費…無料

主　催…滋賀県精神神経科診療所協会

連絡先…南彦根クリニック　TEL 0749-24-7808

参加無料

日本精神神経学会専門医制度の認定ポイント対象です。

第7回アディクション・フォーラムin滋賀

●主催：アディクションフォーラムIn滋賀実行委員会
●共催：滋賀県立精神保健福祉センター、滋賀県精神保健福祉協会

日　時…平成26年7月20日（日）10:00～16:30（9:30～受付）

場　所…大津市北部地域文化センター（大津市堅田）

内　容…講演（13:30～）
「薬物に依存していたころの私をもう少し受け入れられたら、
今の私のことをもっと好きになれる気がする」
講師　倉田　めば　氏（大阪ダルクセンター長）
その他　自助グループ体験発表（午前・午後）、表現展など

参　加…無料・申込み不要　どなたでも参加できます。

問合せ…滋賀県立精神保健福祉センター
TEL 077-567-5010

参加無料

事務局職員が4月より
新しくなりました。
どうぞよろしく
お願いいたします。

福 島 智 子

編 集 後 記

◆彦根城の桜は今年は4月7日に満開となったようです。ちょうどその夜に桜を楽しみました。ライトアップされた満開の夜桜と、上弦の月がお堀の水面に映り、とてもきれいでした。花に嵐のたとえもあり、満開の桜に嵐はつきものですが、今年は雨風が少なく、花冷えが続いたこともあって、比較的長く花を楽しめたようです。

◆その彦根城が今年からＬＥＤによって夜間照明されています。これまでのハロゲンランプよりも消費電力が約半分になるそうです。国宝の天守が夜空に白く浮かび上がって遠目にまことにきれいですが、少し白すぎる印象です。お城の陰影を消して冷たくみえます。ＬＥＤの光は、消費電力を節約して良いのかも知れませんが、もう一つ好きになれません。

◆既にずい分時間が経ってしまった感じがしますが、ソチ冬季オリンピックでは数々のドラマがありました。2月21日の朝、普段おとなしい患者さんが泣きながら、診察室に入ってこられました。その訳を聞いてみると、真央ちゃんが頑張ったので泣けてきたというのです。私もついもらい泣きをしてしまいました。多くの人が、彼女の一途な挑戦を、我がことのように息をつめて見守り、その成功を喜んだようです。

◆平成25年6月に改正された精神保健福祉法に基づいて、精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する指針（大臣告示）が示されました。退院に向けて生活環境相談員を選定する件では「入院前に診療を行っていた地域の医療機関等とも連携をしながら、随時、精神障害者に対する入院医療の必要性について、検討する体制を整備する」という提案がなされています。入院中の患者の支援のあり方について、外部の医療機関等と連携していくことにはいくばくかの抵抗感があるかもしれません。そのような体制が構築されるためには、精神科病院と精神科診療所をはじめとする地域の関係機関とのきめ細かい連携体制と信頼関係が重要と思われます。

◆亀岡で集団登校中の小学生の列に無免許の車が突っ込み、多数の死傷者が出て約2年になります。これら事件を受けて、昨年12月には改正道路交通法が施行され、昨年11月には自動車運転死傷行為処罰法が新設されています。無免許や飲酒運転など、悪質で無責任な危険運転を取り締まるはずの法律の中にいつのまにか、「自動車運転に支障を及ぼすおそれがある病気」として、統合失調症などの精神疾患が組み込まれてしまっています。多くの精神障害者が自動車を利用しながら、日常生活を送っておられます。病名をもとに、社会参加を委縮させるようなことがあってはならないと思います。

（滋賀県精神神経科診療所協会　上ノ山）

会 員 数

平成26年3月31日現在

一般会員	個人会員	114人
	団体会員	35団体
賛助会員	個人会員	6人
	団体会員	6団体
サポート会員		4団体